

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

*Никуленков А. В., Дегтярев Ю. Г., Митилович А. С.,
Гусак А. В., Шапкина Н. В., Пыжык В. Н., Неверко К. Н.,
Зинкевич А. В., Самаль Е. О.*

*УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,
пос. Лесной, Минский р-н, Минская обл., Республика Беларусь*

Введение. Проблема лечения пациентов детского возраста с аппендикулярным перитонитом является актуальной в настоящее время. На современном этапе развития медицины нет единого подхода в лечении осложненных форм острого аппендицита, так как тактика лечения различается в каждой клинике. Частота развития аппендикулярного перитонита составляет 10–15 % в структуре осложнений острого аппендицита. Одним из основных условий успешного лечения данной категории больных является деконтаминация брюшной полости. Достигается это комплексом лечебных мероприятий, основную роль в этом играет оперативное вмешательство, во время которого устраняется источник перитонита, санится брюшная полость, применяется антибактериальная терапия. Однако не всегда даже самая тщательная санация приводит к полному излечению. Поэтому существуют разные подходы в лечении осложненных форм острого аппендицита и нет четких показаний к выполнению повторного оперативного вмешательства.

В настоящее время прослеживается стремление хирургов к выполнению наименее травматичных вмешательств при ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, снижении сроков применения антибактериальной терапии и койко-дней в стационаре. Разрабатываются миниинвазивные технологии: ERAT (Endoscopic Retrograde Appendicitis Therapy), NOTES (Natural Orifice Transluminal Surgery). В детской хирургии наиболее распространено применение лапароскопических методик, которые имеют ряд преимуществ перед открытыми методами операций.

До настоящего времени показания к проведению повторных санаций брюшной полости при продолжающемся перитоните установлены недостаточно четко. По данным различных литературных источников критерии для постановки показаний к повторным санациям разнообразны: выраженные воспалительные изменения париетальной и висцеральной брюшины, сопровождающиеся массивными плотными наложениями фибрина, гнойный характер перитонеального экссудата с контаминацией бактерий больше 10^4 КОЕ/мл, мангеймский перитонеальный индекс более 20, давность заболевания свыше 24 часов.

Цель исследования: проанализировать опыт применения в хирургическом отделении для детей учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница» (далее — УЗ «МОДКБ») повторных лапароскопических санаций брюшной полости при лечении пациентов с аппендикулярными перитонитами, определить основные критерии для постановки показаний к повторным санациям брюшной полости.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 14 пациентов с аппендикулярным перитонитом, которым проводилась повторная санация брюшной полости в детском хирургическом отделении УЗ «МОДКБ». Анализировали следующие данные: давность заболевания, лабораторные показатели, интраоперационная картина и клинические данные перед повторной санацией брюшной полости.

Результаты и обсуждение. По возрастному критерию пациенты распределились следующим образом: до 5 лет — 5 детей (35,7 %), 5–10 лет — 2 (14,3 %), старше 10 лет — 7 пациентов (50 %). Из них 10 девочек (71,4 %), мальчиков 4 (28,6 %). Сроки от начала заболевания острым аппендицитом: 24–48 часов — 5 больных (35 %), более 48 часов — 9 детей (65 %). Повторная лапароскопическая санация брюшной полости производилась в сроки от 48 до 84 часов.

У всех больных, которым производилась повторная лапароскопическая санация брюшной полости позднее 72 часов после первой операции, отмечались начальные признаки формирова-

ния резидуальных гнойных очагов локально в различных отделах брюшной полости (в 100 % случаев), в то время как у пациентов с повторной лапароскопической санацией брюшной полости в сроки 48 часов, формирующиеся резидуальные гнойные очаги были выявлены только у одного пациента (7,1 %). Этот факт по совокупности данных указывает на целесообразность проведения санации в сроки около 48 часов после первичной операции, так как это позволит минимизировать травматичность проведения повторной операции и добиться лучших результатов лечения.

Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу включены пациенты, у которых целесообразность проведения повторной лапароскопической санации брюшной полости предполагалась бригадой хирургов по результатам интраоперационной картины при первичной операции (7 детей — 50 %). Вторую группу (остальные 50 %) составили пациенты, у которых показания к повторной санации установлены по окончании 2 суток послеоперационного периода на основании совокупности клинико-лабораторных данных. Проанализированы протоколы операций в обеих группах с целью выявить общие критерии (интраоперационные данные), которые бы позволили установить показания к повторной лапароскопической санации на основании данных интраоперационной картины при первичной операции.

У первой группы пациентов основными критериями к выставлению показаний к повторной лапароскопической санации брюшной полости установлено: характер перитонита (фибринозно-гнойный, разлитой либо общий) — 6 пациентов (85,7 %); выраженные воспалительные изменения со стороны брюшины (отечная гиперемированная «тяжелая» кишка с протяженными налетами фибрина) — 6 пациентов (85,7 %); сроки заболевания свыше 48 часов — 5 пациентов (71,4 %); наличие массивных наложений фибрина с тенденцией к формированию абсцессов (аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием либо межпетлевые абсцессы) — 4 пациента (57,1 %).

При исследовании протоколов первичных операций второй группы выявлены некоторые общие критерии, которые имели ме-

сто во всех случаях и опираясь на которые можно рассматривать в дальнейшем показания к повторной лапароскопической санации брюшной полости. Основные критерии: сроки заболевания свыше 48 часов (в 80 % случаев); гнойный выпот с зловонным запахом (каловым) — 80 %; распространенность перитонита — разлитой либо общий — в 100 % случаев.

У всех пациентов второй группы наблюдалось девиантное течение послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде по данным общего анализа крови и биохимического анализа крови в динамике отмечалось стойкое нарастание скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и уровня С-реактивного белка, нарастание юных форм нейтрофилов в лейкоцитарной формуле, уменьшение количества тромбоцитов в сравнении с таковыми лабораторными показателями при поступлении, клинически сохранялась фебрильная лихорадка с одно-двукратным подъемом температуры свыше 38 °С на протяжении 2 суток, имелась клиническая картина продолжающегося перитонита, не разрешался парез кишечника. Клинико-лабораторные данные явились основными критериями в показаниях к повторной санации брюшной полости. У первой группы пациентов в 85 % случаев имело место схожая клиническая картина в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. На основании проведенного исследования нам не удалось определить четкие единые объективные критерии, которые бы позволили утверждать о необходимости повторной лапароскопической санации брюшной полости.

В силу индивидуальной реактивности организма в ответ на гнойно-воспалительные процессы, разный ответ на антибактериальную терапию, отсутствие единых объективных критериев выставления показаний к повторной лапароскопической санации брюшной полости в условиях УЗ «МОДКБ» тактика ведения пациентов с осложненными формами острого аппендицита динамична. Показания выставляются на основании анализа данных интраоперационной картины при первичной лапароскопической санации брюшной полости, клинико-лабораторных данных раннего после-

операционного периода. Активно проводится взаимодействие с кафедрой, врачебные консилиумы.

Оптимальные сроки проведения повторных лапароскопических санаций брюшной полости — от 48 до 72 часов, до формирования «жесткого» спаечного процесса. Это позволяет добиться лучших результатов лечения — отмечается снижение общей длительности применения антибактериальной терапии в условиях присутствия резистентной нозокомиальной флоры, уменьшение времени нахождения пациента в условиях отделения интенсивной терапии, койко-дней стационарного лечения, что приводит к снижению финансовых затрат на лечение пациента.

Ввиду вышеизложенного, на наш взгляд, необходимо продолжение поиска оптимальной модели определения показаний к повторным операциям при аппендикулярном перитоните у детей. Такой подход мы видим в разработке стандартизированных подходов в лечении осложненных форм острого аппендицита и выделении четких критериев к выставлению показаний к повторной лапароскопической санации брюшной полости, что будет являться целью дальнейшего исследования.